

検診費用補助金請求書

下記の通り実施致しましたので、検診費用補助金を請求いたします。

申請日	2025 年 1 月 15 日
会社の 住所 名称	埼玉県所沢市くすのき台1-11-8 〇〇株式会社
所属	〇〇支店

検査項目			単価		人数		料金	
胃		X線 または 内視鏡	4,000	円 ×	100	人 =	400,000	円
乳がん		X線 または 超音波	3,000	円 ×	50	人 =	150,000	円
子宮けいがん		子宮頸部細胞診	3,000	円 ×	50	人 =	150,000	円
前立腺がん	PSA	前立腺がん検査	1,600	円 ×	50	人 =	80,000	円
肝炎	HCV	C型肝炎	1,600	円 ×	50	人 =	80,000	円
貧血	WBC	白血球	200	円 ×	150	人 =	30,000	円
腎機能	CRE	クレアチニン	200	円 ×	150	人 =	30,000	円
痛 風	UA	尿酸	200	円 ×	150	人 =	30,000	円
合計金額			950,000 円					

※注意事項

- ・対象は西武健保の被保険者・被扶養者のみです。
- ・胃の検査はX線または内視鏡に限ります。
- ・胃の検査は40歳以上の方が対象で上限4,000円となります。
- ・乳がんはX線または超音波に限ります。
- ・乳がん、子宮けいがんは20歳以上の方が対象で上限3,000円となります。
- ・PSA検査は50歳・53歳・56歳・59歳・62歳・65歳・68歳・71歳・74歳の男性の方が対象で上限1,600円となります。
- ・HCV検査は50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方が対象で上限1,600円となります。
- ・胃の検査、PSA検査、HCV検査は3月31日時点での年齢の方が対象となります。
- ・WBC、CRE、UA検査は1項目ごとの上限が200円となります。
- ・補助金の請求は、1年度につき1人1項目あたり1回に限ります。
- ・人数と検査内容等のわかる証拠書類の提出をお願いします。
- ・所属欄は、分割請求する場合に記入してください。

事業所担当者
印 印

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者